

## Implicaciones del sellado vascular en el implante percutáneo transfemoral de válvula aórtica. Respuesta



### *Vascular Sealing Implications in Transfemoral Transcatheter Aortic Valve Implantation. Response*

Sra. Editora:

Apreciamos el interés y los comentarios de Vavuranakis et al. acerca de nuestro artículo sobre la utilidad de la colocación de una guía contralateral en el manejo de las complicaciones vasculares del implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI)<sup>1</sup>.

La enfermedad vascular periférica en los procedimientos de TAVI ha sido identificada como factor predictor de mortalidad en diversos estudios<sup>2</sup>, y aunque las mejoras técnicas y la mayor experiencia de los operadores han contribuido a aumentar la seguridad del procedimiento, las complicaciones vasculares, especialmente en este grupo de pacientes, continúan siendo frecuentes. Cualquier estrategia que permita minimizar los riesgos o facilitar el manejo de estas complicaciones resulta de gran interés para el futuro de los procedimientos de TAVI transfemoral.

En su carta, los autores describen su experiencia en el manejo del acceso vascular al implantar la válvula aórtica autoexpandible CoreValve e inciden en dos aspectos que podrían, a su juicio, ayudar a disminuir las complicaciones vasculares: la correcta punción del acceso femoral terapéutico y la utilización de un balón contralateral en el momento de la sutura percutánea<sup>3,4</sup>.

Los autores refieren que el inflado de un balón por encima del punto de arteriotomía durante la sutura percutánea facilitaría la hemostasia al disminuir las fuerzas hidrostáticas contra el lumen del vaso y facilitar la estabilidad de las suturas del Prostar. Sin embargo, en la técnica que describen, el avance de la guía contralateral se realiza al final del procedimiento, introduciendo la guía en la vaina de la válvula previamente retirada a nivel de la iliaca común, con inflado de un balón coaxial inmediatamente proximal, sin traspasar en ningún momento el punto de inserción de la vaina con la guía, lo que dificultaría el manejo de complicaciones localizadas directamente en el punto de punción. En este sentido, consideramos preferible el avance de una guía contralateral al inicio del procedimiento, inmediatamente antes de la punción terapéutica, para proporcionar un acceso inmediato y directo a todas las posibles complicaciones que se produzcan en el eje iliofemoral durante todo el procedimiento. Además, la guía contralateral avanzada antes de la punción de la femoral terapéutica puede ayudar a la correcta selección del punto de la punción e inserción de la vaina, visualizando el recorrido de la guía mediante escopia directa en el momento de la punción. Por otra parte, después de una serie continua en la que hemos utilizado sistemáticamente un balón proximal, creemos que no es necesaria en todos los pacientes.

El otro punto en el que inciden esos autores es la importancia de una correcta punción de la femoral terapéutica para disminuir los eventos vasculares, previa evaluación de todos los pacientes con tomografía computarizada del eje aortiliaco. Establecen que la punción de la femoral común inmediatamente por debajo de la arteria epigástrica inferior disminuye las complicaciones vasculares

de estos procedimientos. Estamos convencidos de que este método ha reportado muy buenos beneficios a los pacientes tratados por los autores de la carta. Sin embargo, seguimos pensando que la punción guiada por anatomía mediante angiografía realizada desde la femoral contralateral resulta una técnica muy sencilla y práctica para asegurar el buen acceso de la femoral terapéutica, y puede ser facilitada mediante la referencia de la guía contralateral avanzada distalmente antes de la punción.

Consideramos que una simplificación progresiva de los procedimientos de TAVI transfemoral utilizando una guía contralateral profiláctica junto con otras variantes técnicas, como el implante directo de la válvula<sup>5,6</sup>, permitirán disminuir el número y la gravedad de las complicaciones en este tipo de procedimientos.

Por otra parte, la aparición en el mercado de nuevos modelos de válvulas, como la Edwards-SAPIEN 3 (con sistemas de liberación de 14 Fr para válvulas de 23 y 26 mm y de 16 Fr para la de 29 mm) y la CoreValve Evolut que utiliza sistema *sheathless*, van a incrementar sin duda el espectro de pacientes que podrán beneficiarse de estas técnicas al disminuir el riesgo y las complicaciones del acceso vascular.

Eulogio García<sup>a,\*</sup>, Leire Unzué<sup>b</sup>, Patricia Martín-Hernández<sup>a</sup> y Rosa Ana Hernández-Antolín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Madrid-Montepríncipe, Madrid, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [ejgarcia1@telefonica.net](mailto:ejgarcia1@telefonica.net) (E. García).

On-line el 7 de septiembre de 2014

## BIBLIOGRAFÍA

- García E, Martín-Hernández P, Unzué L, Hernández-Antolín RA, Almería C, Cuadrado A. Utilidad de colocar una guía desde la femoral contralateral para facilitar el tratamiento percutáneo de complicaciones vasculares en los TAVI. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:410-2.
- Sabaté M, Cánovas S, García E, Hernández Antolín RA, Maroto L, Hernández JM, et al. Predictores de mortalidad hospitalaria y a medio plazo tras el reemplazo valvular aórtico transcatheter: datos del registro nacional TAVI 2010-2011. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:949-58.
- Vavuranakis M, Kalogeras KI, Vrachatis DA, Kariori MG, Aznaouridis K, Moldovan C, et al. A modified technique to safely close the arterial puncture site after TAVI. *J Invasive Cardiol.* 2013;25:45-7.
- Vavuranakis M, Kalogeras K, Vrachatis D, Kariori M, Voudris V, Aznaouridis K, et al. Inferior epigastric artery as a landmark for transfemoral TAVI. Optimizing vascular access? *Catheter Cardiovasc Interv.* 2013;81:1061-6.
- Unzué L, García E, Fernández-Friera L, Alegría-Barrero A, Medina-Peralta J, Rodríguez-Rodrigo FJ. Implantación transfemoral directa de válvula aórtica en paciente con prótesis mitral previa. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:666-8.
- García E, Hernández-Antolín RA, Martín P, Rodríguez JC, Almería C, Cuadrado AM. Implantación de prótesis aórtica Edwards-SAPIEN XT transfemoral sin valvuloplastia previa. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:150-1.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.05.014>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.06.007>